
"Gestoord door nachtmerries"

Wat is goede zorg binnen de Basis GGZ voor patiënten met nachtmerries bij een chronische posttraumatische stress stoornis?



Jacomijn Koldijk
*Msc., verpleegkundig specialist GGZ,
cgt-werker VGCT en sociaal
psychiatrisch verpleegkundige*

Samenvatting

Achtergrond

Binnen de Basis GGZ wordt weinig aandacht besteed aan de behandeling van nachtmerries bij patiënten met een chronische posttraumatische stress-stoornis. Zowel hulpverleners als patiënten weten niet goed hoe ze nachtmerries kunnen behandelen. Nachtmerries zijn geassocieerd met lichamelijke - en psychische klachten. Vanuit de herstelgerichte visie richt de verpleegkundige specialist zich op het leren omgaan met beperkingen en het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten. Kostenefficiëntie speelt hierbij een rol. Met dit onderzoek wil de onderzoeker inzichtelijk maken welke behandelinterventies effectief zijn in te zetten bij de behandeling van genoemde doelgroep.

Methode

Diverse databronnen zijn geraadpleegd, waaronder literatuuronderzoek, semi-gestructureerde interviews met experts, interview met het management en benchmarking.

Resultaten

De in de literatuur gevonden behandelinterventies zijn besproken met experts en tijdens benchmarking. Imaginatie- en rescriptingtherapie (IRT) heeft de meeste empirische onderbouwing voor nachtmerries bij patiënten. Individuele therapie oogst een statistisch significant groter effect dan groeps- of e-health-therapie..

Beschouwing op de resultaten/ innovatie

De onderzoeker kiest een kortdurend IRT-behandelprotocol, wat flexibel inzetbaar is in de BGGZ. Bij de chronische doelgroep zijn exposure en rescripting relevante therapie-onderdelen evenals inbeeldingsoefeningen. Hetzelfde geldt voor de optie van tekenen van het nieuwe script naast het vertellen of beluisteren, wat voor minder taalvaardige patiënten effectief kan zijn.

Discussie/conclusie

IRT is de eerste-keuze-therapie voor patiënten met nachtmerries bij de chronische posttraumatische stress stoornis in de BGGZ. IRT sluit aan bij een herstelgerichte- en holistische visie. De onderzoeker doet vanuit haar rol als verpleegkundig specialist aanbevelingen voor de implementatie van een kortdurende behandelinterventie.

Fatima (48) is tien jaar geleden gevlucht uit een oorlogssituatie. De Specialistische GGZ behandelt haar depressie, maar voor een intensieve traumabehandeling blijkt ze te kwetsbaar. Ze vertelt: "Ik heb last van nachtmerries over vroeger. Daardoor slaap ik heel slecht. Ik ben overdag moe en prikkelbaar". Haar grootste wens is om van haar nachtmerries verlost te zijn.

Bovenstaande casus illustreert de problematiek van patiënten met een chronische posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Ondanks specialistische behandeling blijven nachtmerries in veel gevallen bestaan. Het gebrek aan goede nachtrust door deze nachtmerries brengt allerlei gezondheidsrisico's met zich mee en gaat ten koste van de kwaliteit van leven. Binnen de GGZ is weinig aandacht voor nachtmerries als uitgangsklacht voor behandeling, vaak door gebrek aan kennis en ervaring. Patiënten missen deze kennis ook en vragen weinig aandacht voor hun nachtmerries (van Schagen et al. 2016). De focus ligt meestal op de behandeling van de posttraumatische stress-stoornis, waarover veel bekend is in literatuur en richtlijnen (Trimbos 2013).

Vanuit de herstelgerichte benadering focust de verpleegkundig specialist op het ervaren van een bevredigend, hoopvol en betekenisvol leven, ondanks de beperkingen van de chronische psychiatrische ziekte (Dröes & Plooi, 2012). Belangrijk is het verlichten van het lijden door de nachtmerries effectief aan te pakken. Betere nachtrust zorgt voor een grotere psychische draagkracht van de patiënt. De verpleegkundig specialist biedt de patiënt een actieve rol in diens herstelproces en spreekt de eigen kracht aan. Het streven is de kwaliteit van leven te verbeteren. Hoe een dergelijke optimale behandeling eruit ziet voor patiënten met nachtmerries bij chronische PTSS binnen de BGGZ is nog onduidelijk.

Ongeveer 70% van de volwassen bevolking heeft incidenteel nachtmerries. Geschat wordt dat rond 5% van de bevolking last heeft van deze nare dromen en voldoet aan de criteria van DSM-5 (Schredl et al. 2016).

Nachtmerries zijn buitengewoon intense dromen waaruit mensen over het algemeen wakker schrikken (APA 2013). Bij het ontwaken uit nachtmerries hebben mensen een heldere herinnering aan de inhoud welke hevige emoties oproept (Van Schagen, 2017). De meeste nachtmerries staan in het teken van angst, een derde ervan gaat gepaard met verdriet en woede (Robert & Zadra, 2014). Mensen kunnen nare dromen hebben na een ingrijpende gebeurtenis, doch meestal gaan ze weer vanzelf weg. Wanneer nachtmerries het dagelijks leven ontwrichten, is er sprake van een nachtmerrie-stoornis volgens DSM-5 (APA 2013).

Er zijn twee soorten nachtmerries. Als eerste is er de posttraumatische nachtmerrie die vaak een herhaling van een traumatische ervaring is en daardoor extra vervelend en intens. De tweede is de idiopathische nachtmerrie, die over thema's gaat die heftige emoties oproepen, zoals verdrinken, achtervolgd worden of een dierbare verliezen. De nachtmerrie herhaalt zich steeds of speelt steeds in een andere situatie met wel hetzelfde thema (Van Schagen et al. 2016).

Nachtmerries komen meestal voor in de tweede helft van de nacht tijdens de zogenaamde Rapid Eye Movement (REM) slaap. Tijdens de REM-slaap is er hoge hersenactiviteit die dient voor verwerking en herstel. Door de negatieve invloed op de slaap kunnen deze patiënten overdag minder goed functioneren, cognitief en emotioneel (Van Heycop ten Ham et al. 2014).

Er is een grote prevalentie van nachtmerries bij comorbide psychiatrische stoornissen, waaronder depressies. Driekwart van de mensen met de diagnose PTSS en de helft van de mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft last van nachtmerries (Rek, Sheaves & Freeman, 2017). Nachtmerries worden geassocieerd met angst- en stemmingsstoornissen, middelenmisbruik (Levin & Nielsen, 2007), psychoses (Freeman et al. 2017), suicidaliteit (Littlewood et al. 2016) en persoonlijkheidspathologie (Semiz, Basoglu & Ebrinc, 2008). Nachtmerries veroorzaken tevens somatische problemen, waaronder hart- en vaatziekten. Er is een groter risico op het ontstaan van diabetes, obesitas en chronische pijn (van Heycop ten Ham et al. 2014). Ondanks dat nachtmerries in verband zijn gebracht met bovenstaande problemen is er in de GGZ weinig aandacht voor nachtmerries. Mede hierdoor houden veel patiënten jarenlang, en soms zelf levenslang, last van nachtmerries

Het is aannemelijk dat de kosten van de gezondheidszorg hoog blijven, wanneer nachtmerries niet efficiënt worden behandeld. Kostenbesparende zorg is een streven vanuit de maatschappij om deze voor de gehele bevolking betaalbaar en beschikbaar te houden.

De praktijk, waarin dit onderzoek wordt uitgevoerd, is een middelgrote instelling binnen de Basis GGZ in het midden van het land. De onderzoeker werkt daar als verpleegkundig specialist in opleiding. Binnen de Basis GGZ (BGGZ) is het mogelijk om laagfrequente en langdurige behandeling te bieden bij chronische psychiatrische patiënten. Behandelaren van deze patiënten met nachtmerries zijn verpleegkundig specialisten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, basispsychologen en GGZ-agogen.

De doelstelling van dit onderzoek is het ontwikkelen van een behandelinterventie die effectief inzetbaar is bij de behandeling van nachtmerries bij patiënten met chronische PTSS in de BGGZ. De vraagstelling van dit onderzoek luidt: Welke interventie is effectief inzetbaar en in welke vorm bij de behandeling van nachtmerries bij patiënten met chronische PTSS in de BGGZ?

Methode

Literatuur

Inclusiecriteria waren: Engels- of Nederlandstalige review, meta-analyse of RCT, niet ouder dan tien jaar met een onderzoekspopulatie tussen 18 jaar en 65 jaar.

Exclusiecriteria waren: farmacotherapie, slaap- en andere problemen aangaande PTSS. Een systematische zoekopdracht is in maart 2018 uitgevoerd in de database van Ovid MEDLINE(R), Pubmed, PsychINFO en Google Scholar. De zoektermen **nightmare/ AND rescripting OR exposure AND therapy OR intervention OR treatment* leveren negen relevante artikelen op.

Andere instelling en semigestructureerde interviews met experts

Bij instelling A (SGGZ) waar de auteur tevens een bezoek bracht, werden een klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist als experts op het gebied van nachtmerrietherapie en PTSS geïnterviewd. Via deze collega's werd een verpleegkundig specialist gevonden die in instelling B (SGGZ) groepsbehandeling biedt voor slaap en nachtmerries. Een expert in nachtmerrie-therapie bij kinderen, een GZ-psycholoog, werd kort geïnterviewd omdat zij werkzaam was in de BGGZ.

Interview met het management

De manager werd geïnterviewd over de mogelijkheden tot het ontwikkelen en inzetten van een behandelinterventie voor de doelgroep.

Ethische overwegingen

De uitspraken van de geïnterviewde experts, bij naam genoemd in de thesis, zijn in overeenstemming met hun goedkeuring opgenomen in het verslag na een

membercheck. De onderzoeker bewaart de data vijf jaar op de beveiligde server van de instelling waar ze werkzaam is en vernietigt de geluidsopnames na het onderzoek.

Resultaten (Literatuur)

Gezien de hoge bewijskracht en variëteit in onderzoekspopulatie werden meta-analyses betrokken in het onderzoek. Recente RCT's waren gericht op IRT bij vrijwilligers of patiënten met nachtmerries.

De behandeling voor nachtmerries met de meeste empirische onderbouwing bestond uit imaginatie- en rescriptingtherapie (IRT) voor nachtmerries. Bij IRT schrijft de patiënt eerst een nachtmerrie uit om deze vervolgens te herschrijven. Het door de patiënt zelf geschreven scenario wordt erna veelvuldig ingebeeld. Lucide dromen-therapie (LDT) en exposure bleken ook effectief, maar minder evidenced-based dan IRT.

Uit de bestudeerde literatuur bleek IRT zowel bij patiënten met vroegkinderlijke trauma's als bij getraumatiseerde veteranen tot significante verbeteringen te leiden. Bij veteranen werd het IRT-protocol uitgebreid met meer sessies en therapie-onderdelen. Exposure Relaxation and Rescripting Therapy bevatte psycho-educatie over de posttraumatische stress-stoornis, slaaphygiëne, inbeeldings-en relaxatie-oefeningen.

Volgens beide meta-analyses oogste individuele therapie een statistisch significant groter effect dan groeps- of e-health-therapie. Laatstgenoemde therapievormen hadden beiden eenzelfde effectiviteit. Genoemde voordelen van e-health-therapie: kosten-efficiënt, toegankelijk en goed uitvoerbaar voor gemotiveerde patiënten om eigen regie te voeren. Als nadeel benoemden auteurs dat patiënten soms meer sturing nodig hebben door angst- en/of persoonlijkheidsproblemen.

Het werkingsmechanisme van IRT is niet goed bekend. Zowel het imaginaire rescripten als het blootstellen aan de inhoud van de nachtmerries (imaginaire exposure) bleek effectief wat betreft symptoomreductie. Rescripting en exposure zijn los van elkaar en zonder andere therapieonderdelen onderzocht. Er kon geen uitspraak gedaan worden over welk therapieonderdeel van IRT het meest werkzaam is bij nachtmerries.

IRT is uiteindelijk effectiever dan farmacologische behandeling. Wanneer patiënten hun medicatiegebruik staken, komen de nachtmerries vaak terug. Volgens de auteurs brengen psychologische behandelingen op korte termijn hogere kosten met zich mee dan medicatie. Dankzij de betere lange termijn-effecten van IRT is de kans groot dat de kosten uiteindelijk opwegen tegen de besparingen.

Experts

Klinisch psycholoog mevr. A. van Schagen en verpleegkundig specialist mevr. M. Noordman zien IRT als eerste keuze behandeling voor patiënten met nachtmerries binnen de SGGZ. Ze achten een kort IRT-protocol bruikbaar voor de BGGZ individueel (4-6 sessies) samen met verpleegkundig specialist, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, basispsycholoog of GGZ-agoog als behandelaar. Volgens Schagen heeft een groep teveel nadelen. De nachtmerrie-distress kan intenser worden door elkaars gruwelijke dromen aan te horen. Ook concurreren patiënten onderling soms wie de ergste nachtmerrie heeft ('symptoomcompetitie'). De planning van een groep kost tijd en energie. Volgens Schagen kan individuele therapie flexibel worden toegesneden op de behoeften van de patiënt. Noordman vindt een IRT-groep met cognitieve gedragstherapie voor slaapproblemen de optimale therapie voor patiënten met nachtmerries.

Beiden vinden inbeeldingsoefeningen belangrijk als onderdeel van de therapie om te checken of de patiënt hiertoe in staat is en IRT haalbaar is. Door veel psycho-educatie te geven, laat Schagen patiënten beseffen dat zij zelf invloed kunnen hebben op hun klachten. Ze vindt het belangrijk niet teveel af te wachten met het blootstellen aan angstopwekkende onderdelen van de nachtmerrie. Na de exposure volgt het rescripten tegen het eind van de nachtmerrie. Noordman laat exposure juist achterwege en rescript de nachtmerrie wanneer de patiënt dat wil in de nachtmerrie. Wat betreft de therapieonderdelen verschillen beide experts. Volgens Schagen zijn de veilige plek- of relaxatie-oefeningen 'clinician-based' en zijn deze als zodanig inzetbaar. Noordman doet geen veilige plek-oefening, wel relaxatie- en inbeeldingsoefeningen. Ze maakt de kanttekening dat IRT alleen mogelijk is als de patiënt niet veel en/of ernstige nachtmerries heeft en de taal goed spreekt.

Beiden vinden het zinvol een voor- en nameting en een follow-up uit te voeren. Schagen werkt met dagboekregistratie en de gevalideerde Nightmare Distress and Impact Questionnaire. Noordman gebruikt een wekelijkse nachtmerrie-vragenlijst (NVL).

De derde expert, mevr. L. de Vrijer, orthopedagoog en GZ-psycholoog, gebruikt bij kinderen in de BGGZ een eigen aangepaste versie van het IRT-protocol, variërend van drie tot zeven sessies. Inbeeldingsoefeningen doet ze de eerste sessie meteen. De ervaring leert dat kinderen gemakkelijk fantaseren en het vlot oppakken. Relaxatie- of veilige plek-oefeningen komen niet aan bod, wel slaaphygiëne. Ook laat ze kinderen hun nachtmerries uittekenen om het script op die manier te veranderen. In plaats van (alleen) verbaal de nachtmerrie een andere wending te geven, laat ze het kind dit nieuwe script dagelijks uittekenen en op die manier inoefenen. In wetenschappelijke studies van IRT bij kinderen zijn significante verbeteringen gevonden met IRT.

Beschouwing van de resultaten

Alle informatiebronnen bevestigen dat IRT eerste-keuze- therapie voor nachtmerries is. De onderzoeker kiest een evidenced based interventie met vier individuele sessies die zo nodig uitgebreid kan worden. De sessies zijn wekelijks om de vaart in de behandeling te houden en vermijding te voorkomen. De patiënt kan in overleg met de behandelaar het tempo en de frequentie van de sessies aanpassen op geleide van de (angst-)klachten. Als basis voor de interventie zijn verschillende protocollen gebruikt met Schagen als coauteur.

De interventie bevat inbeeldingsoefeningen omdat dit een essentieel en goed onderzocht onderdeel is. De hulpverlener checkt het inbeeldingsvermogen van de patiënt en laat deze gelijktijdig een gevoel van zelfcontrole ervaren. Ontspannings-, veilige plek-oefeningen of psycho-educatie over slaap zijn niet evidence-based bij de behandeling van nachtmerries.

Vanuit de expertise als cognitief gedragstherapeutisch werker kiest de onderzoeker voor zowel imaginaire exposure als imaginaire rescripting binnen de behandelinterventie. Het gedetailleerd vertellen, tekenen en uitschrijven van de nachtmerrie, zoals bij dagboekregistratie, is een vorm van exposure. Het rescripten bestaat uit het herschrijven van het nachtmerrieverhaal om het nieuwe einde te kunnen inbeelden. Om zo ver te komen, worden de nachtmerries eerst in kaart gebracht en uitleg gegeven over de aard en thema's ervan. Het invullen van de NDIQ als voormeting geeft hiertoe een voorzet. Deze interventies vragen weinig technische kennis of -middelen.

Bij EMDR-behandelingen merkt de onderzoeker dat juist het blootstellen aan angstopwekkende beelden werkzaam is. Deze positieve ervaringen helpen bij het overwinnen van de eigen angst als therapeut om de patiënt met zijn pijnlijke ervaringen te confronteren. De aanwezigheid van de therapeut vergroot de veiligheid en bereidheid van de patiënt om de exposure te verdragen, mits de therapeut het nut van exposure begrijpt. De onderzoeker vertrouwt op de intrinsieke kennis en ervaring van collega's om na enige training deze attitude aan te nemen en de interventie uit te voeren. De onderzoeker kiest beredeneerd voor het blootstellen van de patiënt aan het meest emotionele deel van de nachtmerrie (exposure), maar zolang als nodig is om het nachtmerrie-verhaal te kunnen rescripthen tegen het eind van de nachtmerrie. Langdurig ingaan op de nare inhoud van de nachtmerrie is onnodig. Bovendien is minimale exposure al effectief zoals bij dagboekregistratie en ervaart de patiënt dat hij invloed kan uitoefenen op zijn klachten.

De onderzoeker heeft toestemming de gestandaardiseerde NDIQ te gebruiken om een voor- en nameting te doen. Een andere patiënten-uitkomst om effect van de interventie te meten is de patiënt te bevragen op angstreductie en vermindering van nachtmerries.

Vanuit voortschrijdend inzicht voegt de onderzoeker binnen dit behandelprotocol de 'kinder-optie' toe. Het tekenen van de nachtmerrie in de oorspronkelijke- en nieuwe versie is ook exposure, wat taalbeheersing minder belangrijk maakt. De hypothese van de onderzoeker is dat migranten mogelijk profiteren van non-verbale technieken binnen de IRT, zoals het geval is bij de bewezen effectieve behandeling van kinderen met IRT. Ook is een visuele representatie van exposure en rescripting in de interventie opgenomen, de 'nachtmerriecirkel'. Deze onderdelen zijn uiteraard meer clinician-based.

Beschrijving van de interventie

Gekozen is voor de behandelinterventie van vier wekelijkse sessies IRT van 45-60 minuten.

SESSIE 1:

Kennismaking: Last van nm's? Vragen en verwachtingen.

Diagnostiek nm's & slaappatroon: verschil nm en pavor nocturnus, NDIQ invullen

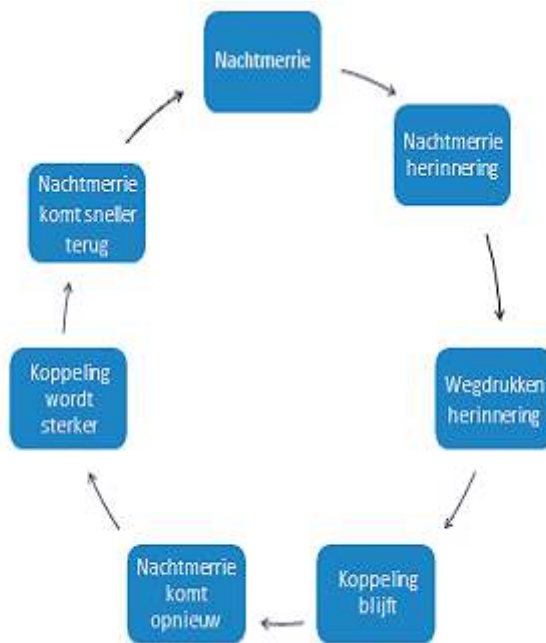
Nm's in kaart brengen: ptss-/ idiopatische nm's/ welk thema (bijlage)?

Informatie geven over nm's: scenario en vicieuze nm-cirkel

Nachtmerriedagboek: dagelijks bijhouden nm's, thema van nm, hoeveel last?

Huiswerk: dagboek, thema's ordenen, nadenken over ontstaan, evt nm tekenen





Van Schagen, A.M., Lanze, J., & Spooimaker, V.I. (2012). Imaginatie- en rescriptingtherapie voor nachtmerries. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

18

SESSIE 2:

Huiswerk bespreken: Verlopen nm's vlg bepaald scenario? Herkent patiënt thema's? Thema's samen ordenen. Lijdensdruk bespreken.

Rationale IRT: Imaginatie- en Rescripting Therapie/ uitleg over vermijding van nm overdag en 's nachts, waardoor scenario en emoties versterkt worden in vicieuze nm-cirkel. Herkent de patiënt zijn vermijding, dan verdere uitleg over het nut van nieuw einde aan nm. Je koppelt de negatieve emotie los van het scenario. Betekenis van de droom verandert dan en daardoor gaan mensen minder (heftig) dromen. Het inbeelden en verwerken van gebeurtenissen is effectiever dan alleen praten en omdat mensen dromen in beelden, zijn inbeeldingsoefeningen geschikt voor therapie.

Inbeeldingsoefening: Patiënt kan zich (met gesloten ogen/voor zich starend) inbeelden dat hij in zijn woonkamer is en in dat beeld een stoel probeert te verplaatsen of zich een prettige situatie inbeelden en die zo te veranderen dat ze nog prettiger wordt. Zoveel mogelijk details van die situatie ophalen mbv zintuigen. Expliciet stilstaan bij het moment van verandering en hoe 't de patiënt is gelukt om die verandering teweeg te brengen. Steeds doorvragen naar wat er nodig is om de plek nog beter te maken.

Evt geluidsopname van instructie maken om thuis af te luisteren/ oefenen !

Als het goed gaat, kan je al starten met rescripten ---> zie sessie 3 ---->

Huiswerk: dagboekregistratie + dagelijks inbeeldingsoefening doen + nmscenario gedetailleerd uitschrijven, bedenken welke verandering passend is.



SESSIE 3

Huiswerk bespreken: Hoe ging het inbeelden? Wat was lastig? Dagboek bespreken en welk nmscript veranderen? Zelf al ideeën?

Rescripten nm: patiënt nm laten vertellen met alle zintuiglijke ervaringen, negatieve emoties horen erbij om script duidelijk te krijgen. Het gaat juist om veranderen van negatieve lading in nm, dus stimuleren dit te verdragen (bij ptss-nm-> echte gebeurtenis kan je niet veranderen, wel hoe je er nu tegenaan kijkt en 't prettiger voor jezelf wil maken). Samen brainstormen over ander einde: alles kan in fantasie. Elke verandering & zelfcontrole belonen. Evt thuis nog bijschaven.

Check of het nieuwe scenario klopt.

Vraag naar spanningsnivo 1= geen en 10 veel spanning:

"Wat in het scenario zorgt ervoor dat u op 5 zit?"

Wat heeft u met het nieuwe scenario nodig om het omlaag te brengen?"

Inbeelden nieuwe nm: patiënt hardop met gesloten ogen/ voor zich starend nmscript laten vertellen in o.t.t. vanuit eigen perspectief incl zintuiglijke ervaringen met nieuw einde. Voelt het goed? Wat nog aanpassen?

- *Is inbeelden te spannend? ---> inbeelden eerst alleen tijdens sessie, pas thuis oefenen als het met therapeut erbij goed gaat.*
- *Geluidsofname maken van instructie om thuis te luisteren en oefenen*
- *Nieuwe nm-scenario dagelijks tekenen in plaats van vertellen*

Huiswerk: dagboekregistratie + dagelijks 4-6 x paar minuten nieuwe nm-scenario hardop uitspreken en inbeelden of tekenen. Noteren of scenario nog verandering nodig heeft.



SESSIE 4

Huiswerk bespreken: Hoe ging het inbeelden van nieuwe nm-scenario? Wat was lastig en wil je 't nog bijschaven? Dagboek bespreken.

Nieuwe nm-scenario inbeelden: minimaal 30 minuten aan besteden
Volgende nachtmerrie ook inbeelden ?

Terugval-preventieplan: adviseer patiënt bij mogelijke nieuwe nm's meteen een nieuw scenario te bedenken.

Zo nodig nog een sessie besteden aan inbeelden!

Conclusie

Welke behandelinterventies zijn effectief in te zetten bij de behandeling van nachtmerries bij patiënten met chronische PTSS in de BGGZ?

Concluderend kan gesteld worden dat Imaginatie- en Rescripting Therapie (IRT) de eerste keuze therapie is voor patiënten met nachtmerries bij de chronische posttraumatische stress stoornis in de BGGZ. De behandelinterventie, gepresenteerd in deze masterthesis, is het antwoord op bovengenoemde vraag. Er is sprake van een evidenced-based interventie, (exposure en rescripten, inbeelding) met practise-based elementen (tekenen, nachtmerrie-cirkel), begrensd in tijd doch flexibel inzetbaar. IRT sluit aan bij een herstelgerichte- en holistische visie. De onderzoeker is als verpleegkundig specialist de aangewezen persoon om met deze behandelinterventie te 'pionieren' en de kwaliteit van leven te verbeteren bij deze kwetsbare patiëntengroep.

Lezers die geïnteresseerd zijn voor meer informatie of deelname aan een training over dit thema, kunnen via de mail contact met Jacomijn opnemen.

Mailadres Ja.Koldijk@Indigo.nl

Literatuur

- APA-American Psychiatric Association (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM - 5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. Amsterdam: Boom Psychologie.
- Dröes, J. & Plooi, A. (2012). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met de Engelstalige literatuur. In Dröes J & Witsenburg C (red) *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen* (Passagecahier). Amsterdam: SWP (p 99-110).
- Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G.M., Yu, L., Nickless, A., Harrison, P. & Espie, C.A. (2017). The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. *Lancet Psychiatry* 9 (6).
- Gieselmann, A., Böckermann, M., Sorbi, M. & Pietrowsky R. (2017). The Effects of an Internet-Based Imagery Rehearsal Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 231-240.
- Heycop ten Ham, B. van, Hulsbergen, M. & Bohlmeier, E. (2014). *Trans-diagnostische factoren. Theorie & praktijk*. Amsterdam: Boom
- Kunze, A. E., Arntz, A., Morina, N., Kindt, M. & Lancee, J. (2018). Efficacy of imagery rescripting and imaginal exposure for nightmares. A randomized wait-list controlled trial. *Research and Therapy*, 97, 14-25.
- Lancee, J., Spoormaker, V.I. & Bout, J. van den (2011). Long-term effectiveness of cognitive-behavioural self-help interventions for nightmares. *Journal of Sleep Research*, 20, 454-459. Geraadpleegd 30-04-2018 op <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2869.2010.00894.x>
- Levin, R. & Nielsen, T. (2007). Disturbed Dreaming, Posttraumatic Stress Disorder, and Affect Distress: A Review and Neurocognitive Model. *Psychological Bulletin, American Psychological Association*, 133 (3), 482-528.
- Littlewood, D.L., Gooding, P.A., Panagioti, M. & Kyle, S.D. (2016). Nightmares and suicide in posttraumatic stress disorder: The mediating role of defeat, entrapment and hopelessness. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(3).
- Pruijsma, K. E., Cranston, C. C., Rhudy, J. L., Micol, R. L. & Davis, J. L. (2016). Randomized Controlled Trial to Dismantle Exposure, Relaxation, and Rescripting Therapy (ERRT) for Trauma-Related Nightmares. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Geraadpleegd 30-04-2018 op <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000238>
- Rek, S., Sheaves, B. & Freeman, D. (2017). Nightmares in the general population: identifying potential causal factors. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 52: 1123-1133. Gevonden op 01-04-2018 op DOI 10.1007/s00127-017-1408-7.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013) geraadpleegd op 30-04-2018, <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/posttraumatische-stressstoornis/cijfers-context/huidige-situatie#bronverantwoording>
- Robert, G. & Zadra, A. (2014). Thematic content analysis of idiopathic nightmares and bad dreams. *Sleep* (37), 409-417.
- Schagen, A.M. van. (2017, april). De stille nacht verstoord: nachtmerries en andere parasomnieën. Bijdrage aan symposium Stichting Centrum'45
- Schagen, A.M. van, Lancee, J., Spoormaker, V.I. & Bout, J. van den (2016). Long-term treatment effects of imagery rehearsal therapy for nightmares in a population with diverse mental disorders. *International Journal of Dream Research*. 9 (1).
- Schredl, M., Dehmlow, L., Schmitt J. (2016). Interest in information about nightmares in patients with sleep disorders. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 12(7): 973-977.
- Seda, G., Sanchez-Ortuno, M.M., Welsh, C.H., Halbower, A.C. & Edinger, J.D. (2015). Comparative Meta-Analysis of Prazosin and Imagery Rehearsal Therapy for Nightmare Frequency, Sleep Quality, and Posttraumatic Stress. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 11(1): 11-22.
- Semiz, U.B., Basoglu, C., & Ebrinc, S. (2008). Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 62, 48-55.
- Simard, V. & Nielsen, T. (2009). Adaptation of imagery rehearsal therapy for nightmares in children: a brief report. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, American Psychological Association* 46 (4), 492-497.
- Trimbos Instituut, (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (3e revisie) (1.0)*. GGZ-richtlijnen, p. 155. Geraadpleegd op 30-04-2018 op <https://assetssites.trimbos.nl/docs/cc5b0f4e-9398-452d-8792-1453a38bf0a8.pdf>